



2001 ENCUESTA ESTATAL DE PERCEPCIÓN DE CLIENTES ADULTOS

(Antes de empezar con la encuesta, esta sección de la forma debe ser completada por el personal de la Asociación Regional de Salud Mental (RBHA por sus siglas en inglés)
[To be completed by RBHA]

RBHA ID:	Survey Tracking Number:
Facility ID:	Name of Service Agency:
Telemedicine:	Program:
	Entitlement Status (as of 10/01/00 i.e. TXIX, TXXI or Non- TXIX/TXXI)

(Spanish version)

Por favor ayúdenos a mejorar nuestro programa al contestar unas pocas preguntas con respecto a los servicios que está recibiendo actualmente. Estamos interesados en su opinión honesta. Todas las respuestas son confidenciales. Sus servicios actuales y futuros no se verán afectados por su participación en esta encuesta.

Cuando termine de llenar la encuesta, por favor dóblela y devuélvala en el sobre adjunto antes de **Abril 30, 2001**

Gracias

Llene los espacios en blanco o marque sus respuesta a la siguientes preguntas:

Información sobre la Persona que Recibe Servicios:

Edad

Sexo Masculino Femenino

Raza Anglo-Sajón Negro Asiático Nativo-Americano Otro

Etnicidad Hispano No Hispano o Latino

La Persona que Completa esta Encuesta es:

La persona que está recibiendo los servicios directamente

Otro Padre/Tutor Amigo/a Familia (Tío, Tía, Primo, Abuelo, etc)

Por favor, continúe contestando las preguntas en la próxima página.



6165

Parte II. Por favor, marque su respuesta llenando los círculos totalmente

1. Me gustan los servicios que he recibido aquí.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

2. Si tuviera más opciones, yo seguiría recibiendo servicios en esta agencia.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

3. Yo recomendaría esta agencia a un/a amigo/a o un miembro de la familia.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

4. La localidad de los servicios es conveniente (estacionamiento, transporte público, distancia, etc)

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

5. El personal estaba dispuesto a verme tan seguido como fuera necesario.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

6. El personal me regresó la llamada en 24 horas.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

7. Los servicios estaban disponibles a las horas que eran conveniente para mi.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

8. Recibí todos los servicios que necesitaba.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

9. Pude ver al psiquiatra cuando quería.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

10. El personal aquí cree que yo puedo crecer, cambiar y recuperarme.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

11. Me sentí a gusto al preguntar sobre mis medicinas de tratamiento.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

12. Me sentí que podía quejarme.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

13. Me dieron información sobre mis derechos.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

14. El personal me animaron a tomar responsabilidad sobre como vivo mi vida.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

Por favor, continúe contestando las preguntas en la próxima página.



6165

15. El personal me informaron cuales eran los efectos secundarios que debería tener cuidado.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

16. El personal respetaron mis deseos de a quién/ quién no se le daría información sobre mi tratamiento.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

17. Yo, no el personal, decidí mis metas de tratamiento.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

18. El personal respetó mi tradiciones y cultura (raza, religion, lenguaje, etc.)

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

19. El personal me ayudó a obtener la información que necesitaba para que yo pueda hacerme cargo de dominar mi enfermedad.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

20. Me animaron a usar programas guiados por consumidores (grupos de apoyo, centros de visitas, líneas telefónicas de crisis, etc)

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

21. Puedo enfrentarme a mis problemas diarios, más efectivamente.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

22. Puedo controlar mejor mi vida.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

23. Puedo enfrentarme mucho mejor a las crisis.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

24. Me llevo mucho mejor con mi familia.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

25. Estoy mejor en situaciones sociales.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

26. Estoy mejor en la escuela y/o en el trabajo.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

27. Mi situación de vivienda ha mejorado.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

28. Mis síntomas no me han molestado mucho.

Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

Por favor, continúe contestando las preguntas en la próxima página.



6165

Parte III. Por favor marque sus respuestas llenado el círculo totalmente.

1. El año pasado ¿vió usted a un doctor o enfermera en la sala de emergencia de un hospital?

- Si No No me acuerdo

2. El año pasado, no contando con su visita a la sala de emergencia ¿vió usted a un doctor o enfermera para un examen de salud, examen físico o porque estaba enfermo/a?

- Si No No me acuerdo

3. Desarrollar mi plan de servicio/tratamiento fue una experiencia de mucho beneficio.

- Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

4. Mi plan de servicio/tratamiento ha sido beneficioso en alcanzar la meta de mi tratamiento.

- Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

5. Mi plan de servicio/tratamiento está relacionado con los problemas que me molestan.

- Si, definitivamente Si, de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo Definitivamente no No aplica

Parte IV. Por favor, use el siguiente espacio si tiene usted algún otro comentario o sugerencia.

**GRACIAS POR SU COOPERACIÓN
Y SU TIEMPO EN COMPLETAR ESTA ENCUESTA!!!**

For Questions Regarding This Survey Please Contact:
Bernadette E. Phelan, Ph.D.
Manager of Research, Evaluation and Dissemination
Division of Behavioral Health Services
Arizona Department of Health Services
Tel. 602-55-39158
Fax 602-553-9144
bphelan@hs.state.az.us